様式第1号(第4条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | No. |

**国民健康保険人間ドック等検査補助金交付申請書**

　　年　　月　　日

　（宛先）　能登町長

(記号番号　　　　　　　世帯主名　　　　　　　　　)

申請者　住所

氏名

(　　　　年　　月　　日生)

電話番号：

　次のとおり、能登町国民健康保険人間ドック等検査補助金の交付を受けたいので申請いたします。

1　補助金申請額　　　　　　　　　　　　　　円

1. 人間ドック等検査の種別(該当項目に○を付ける。)

　　　　人間ドック、脳ドック、人間ドック・脳ドック併用

　　　(1日、1泊2日、2日、その他:　　　　　　　　　)

3　検査年月日　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで

4　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　病院

5　人間ドック等を受診する日の年度内の健康診査受診の有無（予定含む）　有　・　無

※添付書類　医療機関で支払った人間ドック等検査料領収書

40歳以上の方は人間ドック等結果報告書（写し）及び質問票

■係記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査料 | 補助率 | 補助金申請額（上限５万円） |
|  | ７割（　　　　　　　　　） |  |